

## Opsamling fra møde i Sundhedspolitisk Dialogforum

Den 17. marts 2016 kl. 8.00-13.00 – Idrætscenter Vendsyssel

Anders Broholm bød velkommen og gennemgik dagens program med følgende hovedpunkter:

- Nationale initiativer vedrørende det nære sundhedsvæsen.
- Hvad optager de nordjyske kommuner på sundhedsområdet – udfordringer og løsningsmuligheder.
- Hvad vil kommunerne med Sundhedsaftalen?

### Nationale initiativer vedrørende det nære sundhedsvæsen

#### Oplæg ved Jacob Meller Jacobsen, chefkonsulent i KL

Som oplæg til en fælles plenumdrøftelse holdt Jacob Meller fra KL et oplæg om de initiativer vedrørende det nære sundhedsvæsen, som pågår på nationalt niveau. Udover en gennemgang af de konkrete initiativer og udvalgsarbejder havde oplægget til formål at uddrage de udviklingstendenser som udviklingsarbejderne peger i retning af med henblik på, at kommunerne kan få et indblik i, hvad vi formentlig skal ruste os til at håndtere.

Jacob Meller gennemgik følgende centrale udvalgsarbejder, som pågår på nationalt niveau (se eventuelt nærmere i de slides fra oplægget, som er udsendt):

- Plan for det nære sundhedsvæsen: Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er i opstartsfasen og med et bredt kommissorium, hvorfor det endnu er vanskeligt at se præcis, hvor udvalgsarbejdet peger hen. Der arbejdes for, at udvalgsarbejdet ikke "blot" bliver en sammenfatning af nedenstående udvalgsarbejder men derimod en mere langsigtet plan for det nære sundhedsvæsen. Der er i den forbindelse bl.a. behov for en afklaring af, hvilke opgaver, som kan forventes at ligge i de enkelte sektorer. På kronikerområdet kunne en del af dette eksempelvis være i form af en strategi for kronikerområdet, hvor et stigende antal kronikere og sygehuscentraliseringer eksempelvis kan medføre at opgavefordelingen mellem sektorer kan ændre sig.
- Kræftplan 4: Arbejdet med udvikling af Kræftplan 4 omhandler overordnet set håndtering af nuværende udfordringer og fremtidige behov på kræftområdet, hvor fokus bl.a. er på tidlig opsporing. Kræftplanen forventes klar i juli 2016.
- Lægedækningsudvalg: Lægedækningsudvalget behandler lægedækning både i forhold til almen praksis og sygehuse og skal ud fra en analyse af lægedækningen give anbefalinger ift. at understøtte en bedre fordeling af lægeressourcer på tværs af landet.
- Udvalg vedrørende kommunal medfinansiering: Modellen for den kommunale medfinansiering evalueres. Hovedpunkter i evalueringen er udvikling af de regionale incitamenter (eksempelvis via justering af regionale lofter), efterregulering, mere gennemsigtig afregning for kommunerne samt differentiering af den kommunale medfinansiering (der ses på alder og diagnoser som mulige

kriterier for differentieret kommunal medfinansiering). Samlet set er håbet, at arbejdet kan bidrage til større budgetsikkerhed og gennemskuelighed for kommunerne samt styrke det kommunale incitament til forebyggelse.

- Følgegruppe vedrørende Den Ældre Medicinske Patient: Følgegruppen skal medvirke til udviklingen af en ny national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Der er allerede udmøntet en akutpakke målrettet nedbringelse af overbelægning på sygehusene, men områder mere rettet mod kommunerne behandles ligeledes; det drejer sig bl.a. om faste læger på plejecentre, medicin håndtering og generelt bedre sammenhæng på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner. Handlingsplanen skal efter planen være færdig i foråret 2016.
- Demens: Der skal udvikles en national handlingsplan for demens. Udvalgsarbejdet har bl.a. fokus på forebyggelse og inddragelse af pårørende. Et fagligt forarbejde er i gang, og handlingsplanen forventes offentliggjort til efteråret 2016. Det er på nuværende tidspunkt usikkert, hvordan midlerne afsat på området (470 mio. kr. i 2016-2019) forventes udmøntet, men det bliver formentlig som puljer, der skal søges.

Afslutningsvis opsummerede Jacob Meller de hovedtendenser/emner, som kan udledes af ovenstående igangværende initiativer. Det drejer sig om:

- Lægebetjening ved almen praksis: Der er behov for en afklaring af, hvilke opgaver praktiserende læger skal løse og hvordan lægedækning sikres. På den kommunale bane drejer det sig bl.a. om lægebetjening af plejehjem, sygebesøg og akutfunktioner.
- Ensartethed: Almen praksis, regioner, patientforeninger med flere efterspørger ensartet kvalitet i de kommunale tilbud.
- Tværkommunale samarbejder.
- Nye opgaver/opgaveoverdragelse: Der er behov for afklaring af hvilke opgaver, der skal løses hvor og af hvem. Dette kan også danne grundlag for fremtidig opgaveoverdragelse og klarere rammer for samarbejdet med almen praksis.
- Inddragelse af borgere og pårørende.

### **Plenumdrøftelse på baggrund af oplæg**

Plenumdrøftelsen lagde ud med en bredere diskussion af inddragelsen af lokale politikere/kommuner i de nationale arbejder, hvor KL repræsenterer kommunerne. Fra lokal politisk side er der et ønske om at vide mere om, hvilken retning de forskellige udvalgsarbejder peger hen og et ønske om bedre mulighed for at komme med input til KL i forbindelse med dette arbejde. Det er vigtigt med dialog, så de lokale politikere kan blive klogere på, hvad KL arbejder for på nationalt niveau, ligesom KL kan blive klogere på de lokale ønsker og behov. I forhold til KL's mandat i de igangværende nationale forhandlinger henviste Jacob Meller til, at KL's udspil "Sammen om sundhed" fra efteråret 2015 udgør KL's mandat i de nationale forhandlinger; udspillet blev bl.a. behandlet i de lokale KKR og godkendt i KL's bestyrelse og politiske udvalg.

Problemstillinger vedrørende kommunal medfinansiering blev herefter taget op. Klynge Vest gjorde opmærksom på, at kommunerne ved overflytninger mellem afdelinger/sygehusenheder ofte betaler dobbelt for indlæggelser, og mere generelt blev der efterlyst mere gennemsigtighed i den kommunale afregning. KL

er opmærksom på problemstillingen med dobbeltbetaling for indlæggelser og målet er, at overflytninger inden for en region kun tælles som én indlæggelse. Mht. den manglende gennemsigtighed i den kommunale afregning så indgår dette som et centralt element i udvalgsarbejdet om kommunal medfinansiering. I forlængelse af dette blev differentiering af den kommunale medfinansiering taget op; diagnoser som instrument til at variere den kommunale medfinansiering umiddelbart en meningsfuld løsning, men diagnoser som differentieringsløsning kan blive uigennemsigtig og svær at styre i praksis. Alder fremstår derimod som en mere simpel løsning. Fra Klynge Vest blev dog bemærket, at i forhold til en differentiering udelukkende ud fra alder skal der være opmærksomhed på, at nogle kommuner har mange svage ældre, mens andre kommuner har en større andel raske og ressourcestærke blandt de ældre.

I forhold til lægedækning blev det bemærket, at manglen på læger i Nordjylland er en vedvarende problemstilling, hvor der er behov for konkret handling. Jacob Meller bemærkede, at KL arbejder på alle de muligheder der er i forhold til overenskomst for almen praksis, justering af lovgivning etc. Der blev i den forbindelse spurgt til, om et landsdækkende praksisplanudvalg har været drøftet politisk, da manglende lægedækning i vid udstrækning er et spørgsmål om geografisk fordeling af lægerne på landsplan; der var dog ikke kendskab til, at dette skulle have været drøftet politisk. Relateret til manglende lægedækning blev det derudover nævnt, at nogle kommuner oplever, at mange læger lukker for tilgang, hvilket måske har sammenhæng til det store antal flygtninge, som skal håndteres i almen praksis; denne problemstilling bæres med til KL.

Vedrørende opgaveglidning/opgaveoverdragelse mellem sektorer blev det nævnt, at mange opgaver kan klares af kommunalt personale (eksempelvis blodprøvetagning) bl.a. med henblik på at aflaste de praktiserende læger. Det er dog helt centralt, at der følger ressourcer med, ligesom opgaveglidning uden forudgående aftaler skal undgås. Der er her behov for en forbedring, så opgaveoverdragelse altid sker i god tid via en struktureret dialog med regionen.

Afslutningsvis opsummerede Anders Broholm nogle af de punkter, der kunne tages med tilbage til KL, herunder bl.a.:

- Der er flere problemstillinger i forhold til afregning af den kommunale medfinansiering (bl.a. manglende gennemsigtighed) og økonomisk fordeling (bloktilskudsfordeling og brug af puljer).
- Opgaveoverdragelse sker ofte uden aftaler, hvilket skal forbedres.
- Manglende lægedækning giver store problemer og løsningen med oprettelse af regionsklinikker er utilfredsstillende pga. stor løbende lægeudskiftning disse klinikker.
- KL skal have større fokus på inddragelse på *politisk* niveau. En oplagt mulighed er at indkalde de lokale kommunale SKU-politikere til årlige møder med KL.

## Hvad optager de nordjyske kommuner på sundhedsområdet?

Som optakt til en fælles drøftelse i plenum drøftede klyngerne hver for sig følgende spørgsmål:

- *Hvilke udfordringer af tværkommunal interesse oplever de enkelte kommuner/klynger på sundhedsområdet?*
- *Hvordan kan vi kommunalt bidrage til løsning af disse udfordringer (eventuelt via fælleskommunale/tværasektorielle tiltag)?*

Klyngedrøftelserne mundede ud i nedenstående punkter, som blev præsenteret i plenum.

Klynge Midt
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mental sundhed – hvor er vi ift. ligestilling mellem psykisk og somatisk? Dette skal tages op i forbindelse med midtvejsrevision af sundhedsaftale.</li> <li>• Der er behov for samarbejde med Regionen om de svære borgere, som vi tager hjem.</li> <li>• Der er behov for at pulje midler, så der kan etableres og udvikles tilbud til borgere, der ikke passer ind i eksisterende tilbud. Psykiatriens Hus som eksempel.</li> <li>• Der er behov for vidensdeling mellem kommunerne bl.a. i forhold til skolebørns mentale sundhed. Hvor får vi startet disse snakke om sundhed internt i kommunerne?</li> <li>• ”Svingdørspatienter” – der skal være tilbud til patienter med mange diagnoser.</li> </ul>
Klynge Syd
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der ligger en udfordring i at etablere lighed i sundhed og ligestilling mellem psykiatri og somatik. En udfordring ligger eksempelvis i manglende nærhed til tilbud, da psykiatriske patienter kan have svært ved at bevæge sig til Aalborg.</li> <li>• Genoptræningsplaner på psykiatriområdet giver udfordringer: Har vores medarbejdere de nødvendige kompetencer? Er den ”traditionelle” holdtræning velegnet til psykiatriske borgere? Er medarbejderne på det psykiatriske område omvendt opmærksomme på somatiske udfordringer?</li> <li>• Lægeområdet: Der er flere udfordringer i forhold til at sikre lægedækning, nødvendigt samarbejde med læger og henvisning til kommunale tilbud. Derudover rammer vi ved centralisering af kommunale tilbud hurtigt 15 km-grænsen for afstanden til borgerens praktiserende læge. I patientøjemed er det bedst med familielæge, men det er ikke sikkert, at det kan være sådan fremover.</li> <li>• Efter omlægninger på Sygehus Himmerland er der bekymring ift. kvaliteten på det lokale sygehus. Sygehus Himmerland er til gengæld ved at bidrage med at ”stå mere i front” i forhold til akuttilbud. Et tværkommunalt samarbejde med fokus på løsninger er ved at komme op at køre med Sygehus Himmerland.</li> <li>• Vederlagsfri fysioterapi: Der er behov for at få mere kontrol med henvisninger og økonomi, også fordi vi kommunalt ofte kender borgeren godt.</li> </ul>

### Klynge Vest

- Der er en udfordring mellem kommuner, region og stat i forhold til at finde ud af arbejdsfordeling på sundhedsområdet. Der er behov for en forventningsafstemning og balance mellem økonomi og opgaver. Kommunerne er villige til at overtage opgaver, men det kræver en afklaring i forhold til ansvar.
- Tilgængelighed til almen praksis er en stor udfordring, og regionsklinikkerne som løsning medfører manglende kontinuitet især for kronikere og kræfttramte. Brug af den økonomiske gulerod til at sikre lægedækning er tilsyneladende ikke nok, da den allerede er i brug.
- Genindlæggelser – er der en relation til manglende færdigbehandling på sygehus inden udskrivelse?
- Manglende rehabiliteringsplaner fra sygehus ift. kræftpatienter opleves som et problem. Men vi har også som kommuner et kommunikationsproblem ift. at få gjort opmærksom på tilbud.
- Psykiatri og misbrug udgør store udfordringer, og der er brug for større bidrag fra regionen.
- Lange afstande til sundhedstilbud tærer på de svage borgere. Kommuner og region skal være skarpere på behovet for nærhed.
- Fokus på lægernes kommende overenskomstforhandling.

### Klynge Nord

- Opgaveglidning mellem kommuner og region (bl.a. ift. psykiatriske borgere) er en generel udfordring, der ikke er kontrol over. Kommunerne vil gerne overtage opgaver, så længe ressourcerne følger med.
- Forebyggelse: Det er en udfordring at få sat forebyggelse på dagsordenen – kan der etableres politisk opbakning til at lave langsigtede løsninger? Hvordan kan der bl.a. sikres bedre forebyggelse på alkoholområdet?
- Manglende lægedækning: Hvordan kan der sikres bedre fordeling af lægerne på landsplan? Der må tænkes i alternative løsninger.
- Supersygehus – hvordan tager vi hånd om borgerne, når de kommer hjem? Ikke alle borgere er i kontakt med kommunen efter en indlæggelse, og nogle af disse borgere mangler redskaber til at mestre deres situation.
- Frivillighed – hvordan tackler vi det? Samarbejdet med de frivillige foreninger kan styrkes, og der kunne eventuelt tænkes i frivillighedsråd, som uddeler midler.

I den efterfølgende plenumdrøftelse blev det nævnt, at den problemstilling vedrørende manglende genoptræningsplaner, som Klynge Vest rejste, eventuelt med fordel kan rejses i Sundhedskoordinationsudvalget.

I forhold til vederlagsfri fysioterapi nævnte Ole Stavad som medlem af samarbejdsudvalget for fysioterapi, at han havde det indtryk, at det var lykkedes at få mere styr på økonomien på området, bl.a. pga. dialog med lægerne om henvisning. Men Ole ville meget gerne have input, såfremt denne opfattelse var forkert. Fra både Klynge Syd og Klynge Nord blev nævnt, at man i hvert fald ikke er i mål med hensyn til at få kontrol med udgifterne.

Afslutningsvis nævnte Anders Broholm, at nogle af emnerne fra klyngedrøftelserne kan tages med i overvejelserne i forhold til revision af Sundhedsaftalen.

### **Hvad vil kommunerne med Sundhedsaftalen?**

Da vi er omtrent halvvejs i den nuværende sundhedsaftaleperiode, er det naturligt at gøre status på arbejdet med sundhedsaftalen og se fremadrettet på, hvad vi kommunalt vil med sundhedsaftalen.

Indledningsvist redegjorde Anders Broholm kort for de hidtidige erfaringer med arbejdet med den nuværende sundhedsaftale. Vi har en ambitiøs sundhedsaftale med mange projekter, men med øje for den økonomi og mandskabstimer, der er til rådighed, er der også behov for en realistisk prioritering. Derudover kan vi konstatere, at sundhedsaftalens projekter nogle gange overhales af udefrakommende udvikling, ligesom den stigende brug af nationalt definerede puljer vanskeliggør den langsigtede planlægning, som en flerårig sundhedsaftale kræver.

Vibeke Olesen orienterede kort om processen for revision af sundhedsaftalen, som først behandles i Sundhedskoordinationsudvalget 27. maj, herefter på Sundhedskoordinationsudvalgets Midtvejskonference og møder i de politiske forankringsgrupper den 9. juni, hvorefter Sundhedskoordinationsudvalget på sit møde den 29. september tager endeligt stilling til revisionen. I relation til Sundhedskoordinationsudvalgets Midtvejskonference gjorde Anders Broholm opmærksom på, at programmet udover oplæg om det kommende supersygehus også omhandler børneområdet. Der kan derfor i kommunerne måske med fordel tænkes i en bredere kommunal deltagelse end "blot" sundhedspolitikere, da også skoleområde etc. kan være relevant.

I forbindelse med midtvejskonferencen var der interesse i at få psykiatri mere på dagsordenen – både i forhold til kommunale og regionale udfordringer. Programmet til midtvejskonferencen er imidlertid allerede presset, men det blev nævnt, at området alternativt kan betones i forhold til revision af sundhedsaftalen, ligesom det kan være et emne til et kommende sundhedspolitisk dialogforum. Ved behandling af psykiatriområdet på sundhedspolitisk dialogforum kunne det være relevant at tænke i en bredere deltagerkreds i form af kommunalpolitikere fra beskæftigelses- og socialområdet samt eventuelt deltagelse/oplæg fra regionen. Som et andet muligt emne til et kommende sundhedspolitisk dialogforum

blev nævnt, at lokale folketingspolitikere kunne inviteres med henblik på at drøfte, hvordan nationale problemstillinger/dagsordener kan påvirkes.

Fra Aalborg Kommune blev nævnt, at der er behov for flere tværkommunale/tværasektorielle projekter, hvor kommuner og region puljer midler sammen. Fra Læsø Kommune var der opbakning til fælles projekter, men det blev understreget, at det i den forbindelse er vigtigt for projekternes holdbarhed, at der også bakkes op om sådanne fælles projekter, når man sidder i de interne budgetforhandlinger i de enkelte kommuner.

Afslutningsvis blev nævnt, at Sundhedskoordinationsudvalget på sin studietur primo december 2015 var blevet inspireret af en såkaldt tværasektoriel udredningsenhed (TUE) etableret i et samarbejde mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden; her samarbejder regionalt ansatte speciallæger og kommunalt ansatte sygeplejersker om hurtig udredning af ældre medicinske patienter. Dette havde bl.a. resulteret i større tryk hos de pågældende borgere. Det blev derfor aftalt, at der administrativt ses på muligheden for et lignende projekt i en nordjysk kontekst.

